



NACIONAL



RESOLUCIÓN 246-E/2017
MINISTERIO DE SALUD (M.S.)

Herramienta de Evaluación Externa de Calidad de
Maternidades Públicas Categorizadas Como IIIB.
Del: 07/03/2017; Boletín Oficial 10/03/2017.

VISTO el expediente N° 1-2002-20177-16-2 del registro de este MINISTERIO DE SALUD,
y

CONSIDERANDO:

Que es objetivo del MINISTERIO DE SALUD lograr una mejora en la cobertura y calidad del sistema de salud, poniendo en marcha diferentes acciones orientadas a optimizar el modelo de atención y el de gestión.

Que a nivel internacional hay numerosas evidencias de que las injurias cometidas por errores ocurridos durante la internación en instituciones de salud constituyen un problema de salud mundial que acarrea gran morbilidad por errores en el diagnóstico, sobredosis de medicamentos, cuidados fragmentados, problemas de comunicación o complicaciones evitables.

Que la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud, dependiente de la ex-Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria, a través de Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia entiende en los aspectos relacionados con la salud materna, infantil y adolescente.

Que la reducción de la morbilidad materna y neonatal constituye uno de los desafíos más importantes en materia de problemas sociales y de salud pública en nuestro país.

Que la mortalidad infantil presenta una tendencia decreciente, situándose, en el año 2014, en una tasa del DIEZ COMA SEIS (10,6) defunciones por cada MIL (1.000) nacidos vivos.

Que el SESENTA Y CUATRO POR CIENTO (64%) de las muertes infantiles son neonatales, y de ese total, más del CINCUENTA POR CIENTO (50%) son de mortalidad precoz.

Que la mortalidad materna en el año 2014, fue de TRES COMA SIETE (3,7) muertes cada DIEZ MIL (10.000) nacimientos, demostrando la formación de dicho indicador, la existencia de grandes desigualdades en la atención de las mujeres embarazadas y puérperas, con cifras en varias provincias que triplican el promedio nacional.

Que en Argentina se logró la cobertura universal de los partos: 754.603 nacidos vivos en 2013, con NOVENTA Y NUEVE COMO CINCO POR CIENTO (99,5%) de partos institucionales; CUATRO CIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL VEINTICINCO (434.025) nacieron en establecimientos públicos donde ocurre la mayor parte de la MMI reducible.

Que a pesar de observarse una tendencia al descenso en la mortalidad materno infantil, la misma es insuficiente para lograr las metas comprometidas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sustentable, así como las correspondientes al grado de desarrollo humano del país.

Que con el objetivo de reducir la mortalidad materno infantil, el Ministerio de Salud de la Nación implementó numerosas estrategias en las provincias argentinas cuya efectividad depende de la calidad y seguridad de la atención hospitalaria, en especial de los servicios de maternidad.

Que por Resoluciones Ministeriales N° [348](#) del 21 de mayo de 2003 y N° [641](#) del 22 de

mayo de 2012 se aprobaron Directrices de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cuidados Neonatales y las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Maternidad.

Que en base a los instrumentos citados se categorizaron servicios de maternidad en Nivel I, II, III A y IIIB.

Que dicha categorización es la base para poder implementar la regionalización de la atención perinatal, eje relevante para orientar el trabajo tendiente a coordinar la labor de los distintos componentes del sector salud en términos de competencia técnica, distribución y complementación institucional.

Que la regionalización de la atención perinatal es una política de salud con base en evidencia muy efectiva para reducir la mortalidad materno infantil y es la política prioritaria de la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación de la República Argentina. La regionalización supone concentrar partos y riesgo en los Hospitales y Maternidades IIIB. Entonces, los procesos y resultados de dichos hospitales deben ser evaluados y fortalecidos.

Que en 2016, desde las distintas áreas de la DINAMIA, así como desde el PROGRAMA SUMAR y la DIRECCIÓN NACIONAL DE REGULACIÓN SANITARIA Y CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUD se definieron, actualizaron y revisaron los procesos necesarios para las evaluaciones.

Que los estándares para la evaluación externa fueron seleccionados y/o escritos por expertos, con base en la mejor evidencia disponible, de fuentes nacionales e internacionales reconocidas en temas de la calidad y seguridad para pacientes maternos y neonatales y adoptados totalmente a la situación de Maternidades categorizadas como nivel IIIB.

Que es imprescindible contar con servicios de salud de calidad, con recursos físicos, equipamiento e insumos suficientes; dotados de recursos humanos calificados y en número adecuado, para asistir a las mujeres durante su ciclo reproductivo (embarazo, parto, puerperio y post aborto), así como a los recién nacidos.

Que en virtud de lo expuesto se propone la aprobación de un Instrumento de Evaluación Externa de la Calidad en Servicios, el cual estará compuesto por 16 Capítulos, 63 procesos y 342 estándares, que será revisado y actualizado periódicamente desde la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia si surgen nuevas evidencias o necesidades desde las evaluaciones.

Que la Dirección Nacional de Regulación Sanitaria y Calidad en Servicios de Salud dependiente de la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Nación, ha contribuido en la elaboración del referido instrumento.

Que la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud y la Subsecretaría de Políticas, Regulación y Fiscalización han tomado la intervención de su competencia.

Que la DIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en ejercicio de las atribuciones emergentes de la Ley de Ministerios N° [22.520](#), sus modificatorias y complementarias.

Por ello,

El Ministro de Salud resuelve:

Artículo 1°.- Apruébase la herramienta de Evaluación Externa de la Calidad de Maternidades Públicas Categorizadas Como IIIB, que como ANEXO (GDE IF-2017-02360261-APN-DD#MS), forma parte de la presente Resolución.

Art. 2°.- Facúltase a la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia a revisar y actualizar periódicamente dicho instrumento, si surgen nuevas evidencias o necesidades desde las evaluaciones.

Art. 3°.- Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial a sus efectos y archívese.

Jorge Daniel Lemus.

Anexo

Herramienta de Evaluación Externa de Calidad de Maternidades Públicas Categorizadas Como IIB

Capítulos, Procesos (P), Estándares

Herramienta de Evaluación Externa de Maternidades IIB. Argentina, 2016.

Capítulo 1. ACC: Acceso, Traslados, Atención Inmediata (guardias), Continuidad de la Atención, Referencia y Contra-referencia

P. 1. Accesibilidad y condiciones necesarias para la atención oportuna

1. Las guardias, tanto la general como la de obstetricia y neonatología/pediatría, cuentan con el personal y todos los medios necesarios para la consulta, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (24/7).

2. Los médicos de guardia tienen acceso a interconsultas para emergencias 24/7.

3. Existen los dispositivos de comunicación interna y externa (radio, teléfono, etc.) para resolver emergencias.

4. La comunicación en casos de emergencia, por ejemplo entre la guardia y los servicios de ambulancias, está protocolizada.

5. Las puertas de acceso al edificio y, especialmente para las entradas de las guardia(s) están bien definidas, señaladas, y accesibles (inclusive para discapacitados), para vehículos y peatones.

6. Cuando hay dificultades e impedimentos para la llegada de pacientes maternos neonatales hasta la guardia de la institución, los servicios documentan, reportan, y colaboran con las autoridades jurisdiccionales cómo resolver la situación. Ejemplos de impedimentos son: geográficos, carencia de transporte público, inadecuada señalización vial, o estructurales como construcción edilicia.

7. El hospital tiene definido su rol y está equipado con el personal e insumos necesarios para asistir partos y pacientes pospartos extrainstitucionales (en la casa, auto, calle, etc.). La madre y el hijo, en todos los casos, permanecen juntos (excepto que por su estado de salud sea necesario separarlos) en la institución para recibir la atención y los controles necesarios.

P. 2. Traslados internos y externos

8. Existe equipo y personal para realizar el traslado interno y externo de pacientes maternos neonatales cuando es necesario. Ejemplos, servicios de ambulancia, camilleros, sillas de rueda, camillas, incubadoras de transporte.

9. Los pacientes están estabilizados antes de ser trasladados a otra institución.

10. Cuando se realizan traslados se documenta el nombre y título de la persona que acepta recibir al paciente en la otra institución y del personal responsable y la condición del paciente en cada fase: entrega, traslado, recepción.

11. En base a la condición y características del paciente, éste está acompañado durante el traslado por personal calificado para monitorear y tratar su condición y también por un pariente o familiar, salvo que el paciente exprese claramente que no lo desea.

12. Los vehículos de transporte médico de los cuales el hospital es responsable están inventariados y tienen definido su nivel de complejidad y uso apropiado. Independientemente de que las ambulancias utilizadas para trasladar pacientes maternos neonatales pertenezcan o no al hospital, el hospital supervisa y controla que los vehículos sean adecuados para la tarea.

13. Existe un listado y evidencia de controles periódicos de los elementos médicos (equipamiento, medicaciones, gases medicinales, etc.) y otros elementos necesarios para el transporte, según el nivel de complejidad y tipo de pacientes transportados. El chofer cuenta con documentación vigente referente a la habilitación, inspección técnica vehicular y los seguros.

14. Entre cada traslado se realiza una limpieza y desinfección apropiada, control de gases medicinales, equipos y medicamentos. Periódicamente se realiza limpieza general, chequeos de stock y control de equipos e insumos. También se realiza y se documenta el mantenimiento, control y la actualización necesaria del suministro eléctrico y al funcionamiento mecánico de las ambulancias y dispositivos de seguridad como extinguidores.

P. 3. Priorización y atención oportuna según la gravedad de la condición del paciente (triage, etc.)

15. Todos los pacientes maternos neonatales que se presentan a la guardia o que fueron referidos a la institución por una posible condición de riesgo son atendidos inmediatamente y, cuando esto no es posible, existen mecanismos y criterios basados en la evidencia para priorizar la atención según la urgencia del caso, por ejemplo con un sistema de tamizaje tipo “triage”. Si los pacientes, después de haber recibido una evaluación inicial, tienen indicado esperar (por condición de menor prioridad y o hay varios pacientes), hay re-evaluaciones hechas en tiempos acordes con la condición del paciente. Los mecanismos de priorización están documentados en protocolos previamente definidos y disponibles en la guardia.

16. En tiempos acordes con la urgencia de su condición, el paciente recibe una evaluación médica completa. La evaluación inicial conduce a una comprensión de los tipos de servicios necesarios para el paciente y hay mecanismos para atender los pacientes más urgentes en forma inmediata.

17. La(s) persona(s) que hacen el tamizaje, o triage, han tenido capacitación para hacerlo.

18. Cuando hay pacientes en observación o, esperando cama o traslado, hay controles periódicos documentados sobre la condición del paciente. La institución ha definido los tiempos máximos que un paciente pueda estar en “observación”.

19. Los servicios materno-infantiles colaboran con el personal de cuidados intensivos o intermedios (adultos, pediatría, neonatología) para definir y utilizar criterios escritos para el ingreso y egreso de pacientes de las unidades de atención especial.

P. 4. Acceso a turnos y servicios apropiados

20. El hospital tiene un sistema efectivo de turnos, tanto programados como para la atención en el día de pacientes maternos neonatales que presentan espontáneamente. También la institución trabaja para minimizar las demoras para obtener turnos y el tiempo de espera en el día del turno. Un sistema de números, por ejemplo, ayuda que el paciente sepa aproximadamente cuando será atendido. Todos los servicios alientan a las mujeres a asistir en el embarazo a una primera consulta precoz y para completar todas las citas programadas. La institución y el servicio de obstetricia y de neonatología minimizan la necesidad de múltiples colas, ventanillas, y visitas a la institución para todos los servicios indicados para la mujer, el feto o el neonato. Los turnos necesarios en el período de puerperio, pos-evento obstétrico y recién nacido son programados y entregados en forma escrita al paciente, antes del alta.

21. Los servicios perinatales conocen y minimizan los tiempos de espera. El personal trabaja interdisciplinariamente e interdepartamentalmente (personal clínico, administrativo, camilleros, mucamas, etc.) para analizar y resolver los cuellos de botella en el flujo de pacientes para obtener camas, ser atendidos, pasar de un servicio o nivel de atención a otra, realizar un estudio, recibir el alta, y para obtener los turnos, servicios y medicaciones indicados por los médicos y otro personal tratante.

P. 5. Historia Clínica de servicios realizada en la guardia (atención espontánea/atención inmediata/consultorios externos)

22. Se registra la información de las evaluaciones y tratamientos realizados en la guardia (atención inmediata, espontánea, o ambulatoria) en una historia clínica (preferentemente única) del paciente y en su carnet prenatal (si no lo tiene se abre un nuevo).

P. 6. Trabajo en la red perinatal y la referencia apropiada del paciente

23. Hay protocolos de derivación perinatales (embarazadas, madres y neonatos) según patología. La institución facilita que el paciente esté referido con un resumen completo de su condición y además clara documentación de la razón de la derivación. Cuando está indicado por la complejidad del caso, un profesional asistencial coordina el traslado a la institución apropiada; asegurando que haya continuidad en la atención para que la paciente no deambule por varias instituciones.

24. La maternidad categoría IIIB trabaja continuamente para mejorar el funcionamiento de la red perinatal. Por ejemplo, si la maternidad recibe pacientes obstétricas y/o neonatales desestabilizados desde otros centros de salud, o cuando existen problemas de comunicación o dificultades durante traslados de referencia y contra referencia, la maternidad documenta la

situación y a través de procesos colaborativos se encuentran soluciones para reducir estos problemas.

Capítulo 2. RCP Adultos, Neonatos y Emergencias Obstétricas

P. 7. Factores de riesgo y signos de alarma

1. El personal tiene, conoce y utiliza listados de factores de riesgo para los distintos tipos de emergencias (por ejemplo, factores de riesgo para placenta ácreta, hemorragias, etc.). El personal evalúa los factores en los pacientes y tiene mecanismos para mayores controles.

2. El personal conoce, tiene documentado y disponibles, los signos de alarma para adultos y neonatos, de cambios en la condición del paciente que requiere RCP u otra intervención de urgencia, por ejemplo: dificultad respiratoria, shock, anafilaxis, sepsis, hemorragia severa, hipertensión severa, eclampsia.

P. 8. Ubicación y disponibilidad de personal entrenado, equipamiento e insumos necesarios para realizar las apropiadas intervenciones urgentes

3. Donde se atienden o internan los pacientes maternos neonatales, existen todos los elementos (equipamiento, personal entrenado para las intervenciones apropiadas) y las condiciones necesarias para el tratamiento de patologías urgentes graves, como shock, sepsis, eclampsia y la reanimación cardiopulmonar (RCP) dentro de 3 minutos.

4. Para neonatos que necesitan ventilación con bolsa de reanimación, se utiliza oxígeno mezclado con aire comprimido y saturometría.

5. El control térmico del recién nacido se realiza como parte del RCP.

6. Todo el personal de los sectores materno-infantiles ha recibido entrenamiento en emergencias obstétricas (EO) y sabe qué acciones desarrollar y pasos a seguir para iniciar el pedido de “socorro” para pacientes que necesitan RCP o que presentan una posible EO. Utiliza un procedimiento predefinido y practicado, que especifica a quien llamar, cómo y cuándo, y qué hacer mientras esperan respuesta, o qué realizar alternativamente si la respuesta no tiene la rapidez necesaria para el caso. Por ej.: teléfonos a llamar, dónde llevar al paciente, etc. También tiene claro, a quién buscar y donde encontrarán el carro de paro o kit para la atención de la emergencia, cilindros de oxígeno, medicación necesaria en la heladera y otros elementos.

7. Los algoritmos de acciones e intervenciones están disponibles, son conocidos y accesibles (juntos con los kits y carros) en todos sectores donde hay pacientes maternos neonatales. En el caso de kits y carros para neonatos, hay instrucciones, con el kit/carro, especificando los ajustes necesarios en cantidades y concentraciones de medicaciones.

8. La institución consensuó la disponibilidad y ubicación de elementos críticos para uso en adultos y neonatos. Por ejemplo, durante las urgencias de eclampsia y hemorragia en sectores donde atienden pacientes obstétricas, distintos tipos de kits, carros, tubos, cilindros, desfibriladores, etc. y la ubicación de estos elementos. Utilizan un formato de carro/kit y organización del mismo, uniforme entre kits/carros para el mismo propósito. Es decir que, por ejemplo, todos los kits para “eclampsia” son iguales. Las ubicaciones de los kits/carros y el personal entrenado para usarlos están disponibles dentro de los 3 minutos.

P. 9. Listado y control de elementos necesarios

9. Para cada kit o carro existe una lista detallada de los elementos que deberían estar presentes en ellos para emergencias. Incluye consideración de desfibriladores, baterías, tubos y máscaras, soluciones, gases medicinales o medicaciones en heladeras que podrían ser necesarias. Están disponibles en tamaños para neonatos/casos pediátricos y adultos.

10. Existen mecanismos para el control de la integridad y funcionamiento correcto de los kits y carros, tanto del control del contenido, como de su funcionamiento (por ejemplo carga y prueba de desfibriladores) y control contra desvío de elementos. Al mismo tiempo, el sector asegura que el sistema de seguridad no impide el rápido acceso al contenido del mismo. Los controles están documentados.

P. 10. Análisis de eventos reales o simulacros, información sobre complicaciones.

11. Para adultos y neonatos, dentro de los últimos 12 meses, se han realizado simulacros, o han tenido situaciones verdaderas, en los cuales se aplicaron algoritmos de RCP, complicaciones de preeclampsia y eclampsia, hemorragia, y shock/sepsis y comprobaron los roles y responsabilidades de los participantes. Se analizó el desempeño y se tomaron

acciones correctivas que están documentadas.

12. Se reúne, revisa, y comunica periódicamente la información referente a complicaciones relevantes a cada servicio perinatal. Por ejemplo, se han analizado las tasas del uso de sulfato de magnesio y se han tomado acciones para mejorar el uso.

P. 11. Capacitación de personal de servicios perinatales en RCP y urgencias obstétricas.

13. Para adultos y neonatos, el hospital ha definido su programa de capacitaciones en RCP neonatal y de adultos y de emergencias obstétricas (EO). Definió qué personal debería tener una capacitación para responder ante urgencias relacionadas con las complicaciones maternas e infantiles más comunes. Identificó al personal que tiene que tener la capacitación sobre RCP básica o avanzada y para urgencias obstétricas. Se definió la frecuencia de actualización, se documenta el cumplimiento y se toman acciones para mejorar la participación.

Capítulo 3. DER: Derechos del paciente

P. 12. Comunicación y Capacitación sobre los Derechos del Paciente

1. En las áreas de internación y salas de espera está disponible y expuesta visiblemente la información sobre los derechos de personas que necesitan atención. Incluidos los derechos específicos relacionados con las poblaciones de pacientes de la maternidad: neonatos, niños y niñas, adolescentes, y de la madre y el padre.

2. Hay políticas y protocolos implementados relacionados con los derechos de personas que necesitan atención, incluidas personas de poblaciones especiales como los pueblos originarios o víctimas de violencia o abuso. El personal recibe capacitación sobre estos derechos e informa a los pacientes en las distintas etapas de su atención sobre sus derechos.

3. Todo el personal asistencial que atiende personas, en este caso en edad fértil, conoce los derechos de los pacientes (a la autonomía, la privacidad, la dignidad y la vida de las personas) respetando la confidencialidad y el secreto médico. Está en condiciones de detectar los casos que encuadran en el derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE). El equipo de salud informa a la persona sobre las alternativas, informa sobre sus derechos en relación ILE, y actúa considerando la decisión de la persona embarazada para cumplir con la obligación del hospital: garantizar la atención integral de las mujeres.

4. La institución tiene procesos definidos sobre el acompañamiento médico y psico-emocional a personas en el caso de pacientes moribundos o muertos, incluyendo acompañamiento a los padres en el caso de muerte fetal o neonatal.

5. La institución tiene procesos estandarizados para brindar la atención personalizada considerando sus particularidades (edad, etnia, religión, nacionalidad, discapacidades, nivel de educación, condición médica, etc.) de cada persona. La institución ofrece los servicios comprehensivos y enfocados en el acceso basado en la privacidad, confidencialidad y autonomía. El personal brinda servicios con un trato amable, formulando preguntas y brindando información en un lenguaje entendible y, si fuera necesario, repitiendo las preguntas y sondeando con cuidado y consideración. Para niños, adolescentes, discapacitados, víctimas de violencia y otras personas con necesidades adicionales, el personal actúa con una disposición especial para recabar los datos necesarios para completar la historia clínica. El personal tiene claras las particularidades respecto a las necesidades de tener o no adultos involucrados, representantes legales, y la documentación necesaria (como consentimiento informado y declaración jurídica), para cada paciente con necesidades especiales, inclusive para casos que encuadran en el derecho al ILE.

P. 13. Consentimiento informado

6. Toda persona tiene el derecho a recibir la información necesaria para poder consentir una intervención. Tiene el derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. La institución tiene escritas las políticas que definen las intervenciones que requieren un consentimiento informado, quién puede firmarlo, dónde está guardado, y otros detalles.

7. Toda persona tiene el derecho a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

P. 14. Parto y Nacimiento Respetados, información al paciente

8. Para mujeres embarazadas, en relación con el embarazo, el parto y el postparto, se aplican los derechos de acuerdo a la Ley 25.929, la guía de la Maternidad Segura y Centrada en La Familia (MCSF), y la Iniciativa del Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).

9. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene el derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación, que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

10. Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene el derecho a ser informada sobre la evolución de su estado de salud, su parto, el estado de su hijo y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, en decisiones sobre alternativas de intervenciones, en reuniones de alta conjunta, y recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y/o del niño o niña.

11. Toda mujer tiene el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante las consultas, trabajo de parto, parto y postparto.

12. Toda mujer en relación a su parto y postparto tiene el derecho a tener a su lado a su hijo desde el momento del parto y durante la permanencia en el establecimiento sanitario.

13. Toda mujer en relación a su embarazo, parto y postparto tiene el derecho a ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

14. Toda persona tiene el derecho a ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas, para sí mismo y para otros, como un hijo.

P. 15. Derechos del recién nacido internado y sus familiares

15. Todos los padres con recién nacidos internados en el hospital tienen acceso irrestricto 24/7. La institución provee una silla o sillón para que por lo menos un padre pueda permanecer al lado de su bebé. El personal comunica a los padres sus derechos y responsabilidades y los incluyen en los cuidados del bebé y en decisiones sobre la atención.

16. La institución tiene una residencia para madres limpia y segura. La residencia tiene reglas de conducta y hay evidencia de supervisión de la residencia, inclusive planes de acción por si una madre tuviera un problema de seguridad, una emergencia médica o del entorno.

P. 16. Visitas

17. El hospital tiene una política de visitantes centrada en la familia con horarios y cantidades de visitas que contemplan las necesidades y deseos del paciente.

P. 17. Comunicación entre personal y paciente

18. Desde cualquier habitación, cuarto, baño o pasillo donde está “alojado” el paciente, hay un timbre u otra forma de llamar al personal para asistencia. Cuando hay acompañantes o compañeras de sala (en estado de salud que puedan), están instruidos sobre cuándo y cómo llamar y/o informar al personal asistencial. La forma de llamado funciona efectivamente.

19. El paciente tiene el derecho a estar informado del nombre, apellido y el puesto del trabajo de todo personal tratante (médicos, enfermeros, obstétricas, etc.), que siempre debe ser respetuoso y presentarse.

20. Existe un programa para la recepción y resolución de reclamos, quejas y sugerencias del paciente y familiares. Los pacientes están informados sobre cómo hacer un reclamo, queja o sugerencia sin temor de represalias y reciben información sobre la resolución. La institución documenta y analiza tendencias.

21. La institución tiene una política sobre la transparencia de la comunicación con personas y familiares cuando hubo un error en la atención.

22. Cuando los servicios perinatales no cumplen efectivamente con uno u otro de estos “derechos”, se han analizado y documentado las razones por las cuales existen barreras al cumplimiento, por ejemplo, si el “acompañamiento” no está cumplido por razones edilicias como falta de biombos en salas compartidas. La jurisdicción, la institución y el servicio toman acciones para mitigar estas barreras y corregirlas.

Capítulo 4. EVL: Evaluación, Planificación, Tratamiento del paciente y documentación de

los mismos

P. 18. Contenido y frecuencia de las evaluaciones del paciente

1. Todo el personal asistencial tiene definido y estandarizado el contenido mínimo de su evaluación inicial y las reevaluaciones del paciente acordes a su especialidad, profesión y sector. Está definido el alcance de cada tipo de evaluación, por cada especialidad (obstetricia, neonatología, ginecología, clínica, enfermería, obstetricia, nutrición, social, salud mental, médicos del traslado, etc.). Puede variar por sector (por ejemplo, no es necesariamente igual la evaluación en un consultorio, la guardia o internación). Las definiciones incluyen parámetros de evaluación basados en la evidencia, factores de riesgo, y los recomendados por guías como, por ejemplo, MSCF y HAMN. Pacientes que necesitan otro nivel de atención están referidos o trasladados para recibirla.

2. Los servicios y sectores de atención a pacientes maternos neonatales tienen un sistema efectivo para trabajar interdisciplinariamente, en conjunto entre obstetricia y neonatología, en la evaluación y reevaluación, la planificación de la atención y en el alta del paciente. Este sistema incluye rondas, pases de sala diarios, pases de guardia y reuniones de planificación de la atención y el alta. Las historias clínicas reflejan los cambios de indicaciones o del plan de atención que resultan de estas actividades.

3. Cada paciente (mujer, madre, hijo) tiene una historia clínica única. El neonato internado tiene una HC independiente. Los contenidos mínimos y la organización estandarizada de las historias clínicas y sus respectivos componentes están definidos. La información de otros registros (ejemplos, de consultas ambulatorias, interconsultas, de visitas a la guardia, internaciones previas, hojas de enfermería y otras disciplinas, carnet prenatal etc.) que podría tener impacto en la atención en relación al paciente está pasada a la historia clínica. Los originales son de acceso fácil y rápido. Periódicamente los servicios perinatales analizan la efectividad de la documentación. Los métodos para corregir historias clínicas y documentación médica están definidos y controlados. Se evitan las enmiendas y alteraciones.

4. El hospital dispone de procesos estandarizados para reconocer y responder pronto cuando la condición del paciente empeora. Para lo cual los servicios hacen las evaluaciones, reevaluaciones y controles del paciente con la frecuencia que corresponde. Además, se han desarrollado criterios escritos que describen signos de alerta temprana de cambio o deterioro en la condición del paciente e indican cuándo buscar más ayuda. Informan al paciente y a su familia cómo buscar ayuda cuando tienen preocupación acerca de un paciente.

5. La organización implementa protocolos basados en la evidencia para el manejo del dolor en todos los pacientes maternos neonatales. Incluye maneras de registrar cuánto dolor tiene el paciente y considerar alternativas de analgesia. En el caso de pacientes parturientas, el personal asistencial evita el uso de medicamentos e intervenciones invasivas y ofrece alternativas como movimiento, posicionamiento y la respiración cuando es apropiado. Cuando es necesario medicar para manejar el dolor, el personal selecciona las medicaciones que interfieren lo menos posible con el proceso del parto, recuperación, la lactancia y la relación madre-hijo.

6. Para embarazadas y niños/niñas las evaluaciones incluyen controles de crecimiento y nutrición.

7. La evaluación del paciente siempre incluye documentación de las medicaciones, productos nutricionales (fórmulas) y otras sustancias (vitaminas, hierbas, drogas, anticonceptivos) que el paciente viene tomando o utilizando. También indicaciones claras sobre cuáles de éstos deberían continuar y/o discontinuar en cada etapa de su contacto con la institución. Las alergias están documentadas.

8. Se definen los tiempos en los cuales las evaluaciones y reevaluaciones deberían estar completas y documentadas en la Historia Clínica u otro registro.

9. Se definieron los estudios y/o evaluaciones previas que son aceptables y la antigüedad permitida de éstos.

P. 19. Planificación de la atención

10. El plan de atención (indicaciones médicas, estudios, medicaciones, nutrición, intervenciones, cuidados de enfermería, interconsultas) se formula en los tiempos acordes con la condición del paciente.

11. Enfermería registra los signos vitales, dolor y respuesta a la medicación analgésica, pérdidas de sangre, y otros parámetros apropiados o indicados por el médico y sabe cuándo alertar al médico responsable u otro profesional.

P. 20. La atención (los tratamientos, cirugías, intervenciones, terapias, etc.) y preparaciones para el alta del paciente

12. Si el personal de enfermería, obstetricia u otro personal necesita comunicarse urgentemente con el médico responsable del paciente, existen mecanismos de comunicación (teléfono, radio) entre salas de partos, terapias, sectores de internación a los médicos responsables. Siempre, 24/7, es posible que personal del centro obstétrico (CO) o de un sector de internación perinatal, puede comunicarse directamente con el médico obstétrico y neonatólogo, sin demoras.

13. Todas las pruebas, estudios, observaciones y exámenes hechos, diagnósticos, medicaciones y nutrición indicadas y administradas se registran en la historia clínica y otros registros accesibles. Hojas de enfermería y de otras disciplinas, posiblemente separados de la historia clínica temporalmente, forman parte de la historia clínica antes del alta del paciente.

14. La documentación en la historia clínica es completa y refleja todas las evaluaciones, estudios y tratamientos indicados y dados y los resultados de estos. Incluye la fecha, la persona que lo hizo, y la hora del evento cuando está requerida, por ejemplo, hora de ingreso, hora de nacimiento, hora de empezar y terminar una cirugía, hora de administrar una medicación, hora del alta del paciente.

15. La historia clínica refleja que el médico u otro profesional asistencial responsable revisó resultados de intervenciones, evaluaciones, estudios diagnósticos y controles dentro de los tiempos preestablecidos y que tomó acciones efectivas. Cuando hay resultados disponibles después del alta del paciente, hay procedimientos para informar a ambos -paciente y médico- sobre los resultados.

16. Se han definido los contenidos mínimos de las indicaciones médicas para cada tipo de indicación y cada tipo de paciente.

17. La institución definió las abreviaturas que están permitidas y controla su uso.

18. Enfermería u otro personal competente responde a las llamadas de pacientes en observación o internación lo más rápidamente posible y analizan las quejas relacionadas con los tiempos de respuesta de enfermería.

19. La planificación para el alta empieza en las evaluaciones de ingreso. Si parece que el paciente necesitará atención de otro nivel, atención continuada, equipamiento, medicaciones especiales o atención especializada, referencia a un tratamiento especial, el personal empieza los trámites necesarios para que el alta no está demorada y que haya la continuidad necesaria en la atención.

Capítulo 5. EDU: Educación del Paciente

P. 21. Educación general e individualizada

1. La institución ofrece educación y consejería sobre salud sexual y reproductiva, el embarazo, la lactancia, el parto y el período posparto para la mujer y la persona que la acompaña si ella así lo desea.

2. En cada encuentro ambulatorio, durante cada estadía en la institución, antes del alta, y en turnos después del alta, el personal identifica las necesidades de educación que tiene la persona y, él o ella, recibe información y educación sobre cuidados necesarios para sí misma y/o para su hijo/hija. Los servicios perinatales identifican para cada paciente y cada encuentro sus necesidades educativas en salud. Los servicios perinatales consideran un conjunto mínimo institucional de temas educativos, como por ejemplo prevención de infecciones y derechos, pero también enfocan en los temas específicos de salud de cada paciente, su medicación, los cuidados necesarios y las pautas de alarma individual. La educación brindada está basada en las necesidades identificadas y está reforzada durante todo en encuentro o estadía del paciente en la institución. Hay resúmenes en la historia clínica de la educación brindada.

3. Los pacientes reciben información y educación sobre las metas de seguridad como el lavado de manos, para ellos y para las personas que los atienden, y la identificación correcta con la explicación que personal estará chequeando frecuentemente su nombre, apellido, y

otro identificador, que parecería de más pero es por la seguridad.

P. 22. Educación y preparación para el alta

4. Se implementa el Alta Conjunta, espacio/reunión/charla de enseñanza y aprendizaje para la mamá, su pareja y toda la familia. Se reúnen las mamás en preparación para el alta con un equipo de profesionales de la salud. Se brinda información sobre distintos temas: lactancia, higiene y cuidados relacionados con el posparto, molestias o dolores (de las heridas, de los pezones), cuidados del niño (control del ombligo, de peso, higiene, vacunas, etc.), dónde y cuándo realizar los controles de salud del bebé, dónde y cuándo realizar el control puerperal de la mamá, consejería en salud sexual y reproductiva (junto a entrega de anticonceptivos) durante la lactancia y después, temas básicos de la crianza, sobre todo en los primeros tiempos. Además, el equipo de salud verifica que el carné perinatal y SIP G estén debidamente completados y se explica la importancia de continuar con los controles después del parto. Este espacio es una oportunidad para plantear todas las preguntas y dudas que la mamá, su pareja y la familia pudieran tener.

5. La educación dada incluye instrucciones sobre pautas de alarma, dónde recurrir, qué hacer si tienen un problema, la medicación indicada, alimentación, la lactancia materna cuando aplica, cuidados necesarios, anticoncepción elegida, próxima consulta de seguimiento, que está registrada en la historia clínica, es personalizada y la madre lleva esta información en forma escrita.

6. El personal se asegura que el paciente entendió esta información y averigua si el paciente tiene preguntas.

7. El hospital brinda esta información de forma tal que pueda ser consultada en cualquier momento y la historia clínica resume la información y educación brindada.

8. El hospital entrega una epicrisis u otro tipo de resumen de la historia clínica a cada paciente (en el caso de un parto: una para la madre, otro para el hijo) y un resumen o copia de esta documentación forma parte del historia clínica de cada paciente.

Capítulo 6. SSR: Acceso a la Atención de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR)

P. 23. Acceso a Servicios de SSyPR

1. La institución, a través de trabajo interdisciplinario ofrece servicios que cumplen con las leyes nacionales como la 25.673, base del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSRyPR), y ha adoptado sus recomendaciones. La institución adapta, monitoriza y mejora el cumplimiento de los protocolos y la efectividad de sus actividades en relación a la salud sexual y reproductiva y la reducción de riesgos y daños. También actualizan la práctica acorde con nuevas evidencias.

2. En la maternidad IIIB, existen consultorios de SSRyPR u otros (ginecología, clínica, etc.) que realizan consejería a la población. La institución IIIB coordina la referencia y contra-referencia y continuidad de la atención con los CAPS. Las personas en edad fértil reciben la atención integral para resolver necesidades relacionadas con métodos de anticoncepción (quirúrgicos o no), prevenir y tratar infecciones y enfermedades relacionadas con salud sexual y reproductiva, anticoncepción de emergencia, consejería en casos de embarazos no deseados, tratamiento (por ejemplo, AMEU) y seguimiento de personas que cursan un aborto, las intervenciones apropiadas en casos que encuadran en el Interrupción legal del embarazo (ILE), y seguimiento y controles periódicos de pacientes acorde con su situación y condición de salud. En todos los casos se respeta el secreto profesional médico (Ley 17.132 artículo 11 del Ejercicio de la Medicina y por el Código Penal Argentino en su artículo 156). En casos de ILE se aplica el Protocolo para la Atención Integral de Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, guía elaborada por el PNSSyPR. El Personal utiliza los criterios de elegibilidad propuestos en Métodos Anticonceptivos.

P. 24. Acceso a anticoncepción

3. La institución ofrece consejería y suministra métodos anticonceptivos (MAC) en relación a los criterios médicos de elegibilidad para su uso seguro. En momentos de la atención de un post-evento obstétrico (parto, aborto, etc.) y en cada consulta médica, el personal asistencial confirma y documenta en la historia clínica el MAC elegido por la persona -y entregado- y planifica el seguimiento apropiado para optimizar el uso. Adolescentes de cualquier edad acceden, sin dilaciones, a la consejería y el suministro/colocación del MAC y no hay

requisito de acompañamiento ni autorización del adulto.

4. La institución ofrece anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompa y vasectomía). Se hacen ligaduras de trompas post-evento obstétrico en la misma internación, si la mujer lo desea.

5. La anticoncepción hormonal de emergencia está disponible 24/7 y se entrega a todas las personas que la soliciten (cuando no hay contraindicación médica), sin límites de edad o requisito de acompañamiento de adulto, en el caso de un adolescente.

6. Existen servicios preventivos de diagnóstico y tratamiento, como PAP y colposcopia, mamografías, ecografías, análisis de sangre, etc.

7. La institución implementa procedimientos estandarizados para la prevención, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

P. 25. Atención post aborto e interrupción legal del embarazo

8. Se aplican protocolos de uso oportuno y correcto del AMEU en caso de atención post aborto, lo cual implica todo su proceso. P.ej. la consejería, las medicaciones, manejo del dolor, los controles y seguimiento necesario, y especifican la documentación requerida en la HC y el uso del SIAPA (Sistema informática de atención posaborto). El Personal utiliza la Guía para la Atención Integral de Mujeres <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/guias-y-recomendaciones> que cursan un aborto.

9. Todo el personal en contacto con personas de edad fértil fue capacitado en las recomendaciones de la publicación Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (ILE) <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000690cnt-Protocolo%20ILE%20Web.pdf> y es capaz de detectar los casos que encuadran en dicho

derecho: peligro para la salud de la mujer, embarazo producto de una violación, violación sobre una mujer con discapacidad psicosocial o mental. En los casos de detección del embarazo que encuadra en el derecho a la ILE, se ofrece consejería en las opciones y los tratamientos indicados. Si la mujer elige la opción de la ILE se brinda este servicio acorde con los protocolos que detallan las intervenciones apropiadas según la duración del embarazo, el estado de salud de la mujer, y otros factores de criterio médico.

10. Para la práctica de una ILE se requiere la firma de un Consentimiento Informado. Y para la práctica de ILE en el contexto de violencia sexual se requiere también la firma de una Declaración Jurada. Adolescentes con 13 años o más de edad pueden firmar ambos documentos de forma autónoma. Antes de los 13 años, se debe propender el acompañamiento en la firma de estos documentos de sus progenitores o cualquier persona que ejerza responsabilidades de cuidado y sea convocada por la niña o adolescente. En caso de que no cuente con ninguna persona de confianza será necesario comunicar a las autoridades de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes para que junto con la niña diseñen una estrategia para acompañar la atención sanitaria y la restitución de sus derechos. La necesidad de un representante legal para firmar el Consentimiento Informado y la Declaración Jurada para los casos de personas con discapacidades psicosocial o mental, depende en su comprensión de la situación y la información y otros factores detallados en el Protocolo.

11. Los profesionales objetores están obligados a informar a la mujer sobre su derecho a acceder a una ILE si constatan alguna de las causales que lo justifican. En ese caso el profesional debe remitirla inmediatamente a un profesional no objetor para que continúe la atención. De no existir alguien encuadrado en esa categoría, debe realizar la interrupción; es decir que no puede invocar su objeción para eludir el deber de participar de un procedimiento de ILE. Cuando existen problemas de acceso para los casos que encuadran en el derecho a la ILE, la institución trabaja con autoridades para llegar a cumplir con la ley y las necesidades de los pacientes.

Capítulo 7. PRE: Prenatal

P. 26. Controles prenatales: precocidad, periodicidad, número, calidad, cobertura

1. Se facilita la asistencia al control prenatal (CPN) con turnos programados y con la participación del acompañante significativo elegido. La meta por CLAP-OPS/OMS es un mínimo de 5 controles que incluyen los tres trimestres del embarazo. Se promueve la

articulación entre las distintas áreas de la maternidad para facilitar la realización de los procedimientos diagnósticos indicados en el CPN. Se informa sobre los derechos relacionados con: trabajo de parto, parto, lactancia materna, consejería en salud sexual y salud reproductiva posparto, e información sobre la importancia de la pesquisa neonatal. Repetidamente, se informa sobre los signos de alarma y acciones a tomar en caso de tener alguno de ellos. Se deriva a la embarazada al curso de preparación integral para la maternidad.

2. El servicio adoptó y aplica protocolos para el control prenatal para proveer atención basada en la evidencia. Durante las visitas prenatales, el personal detecta y toma las acciones indicados por las Recomendaciones para la Práctica del Control Preconcepcional, prenatal y puerperal de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación. El cuidado es realizado utilizando un set mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible, acorde con la evidencia. El servicio monitoriza la efectividad de sus consultorios y mejora su cumplimiento de protocolos. Actualizan la práctica acorde con nuevas evidencias.

3. La institución facilita que los profesionales coordinen la atención necesaria para las comorbilidades y la atención prenatal, minimizando las barreras al acceso eficiente, por ejemplo, minimización del número de filas o viajes necesarios.

P. 27. Controles prenatales: prevención específica

4. La atención prenatal incluye la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y el síndrome “HELLP” en el embarazo en sus distintos estadios e incluye el uso apropiado de medicamentos, incluido el sulfato de magnesio. Todo el personal que atiende pacientes maternos neonatales y el personal de laboratorio de análisis clínicos, conoce los signos y valores críticos para definir estos estados y las acciones a desarrollar en cada caso.

5. La atención prenatal incluye el diagnóstico ante sospecha por factores de riesgo de acretismo placentario, y tratamiento de la misma, incluyendo definición de la semana en lo cual es óptimo intervenir y coordinación especial entre servicios como urología, UTI, y cirugía vascular para la intervención quirúrgica segura.

6. El servicio utiliza protocolos para el diagnóstico y el tratamiento de la ruptura prematura de membranas y de la amenaza de parto pretérmino.

7. El servicio utiliza protocolos para el uso de corticosteroides en amenaza de parto pretérmino. Se monitorea su tasa de uso. Se plantea como meta que supere más del 80% de indicación en partos menores de 34 semanas.

8. El servicio utiliza listados de factores de riesgo, como por ejemplo para eclampsia, diabetes, obesidad, anemia, embarazo múltiple, adolescente, para evaluar las embarazadas y ha desarrollado mecanismos para derivar y programar intervenciones oportunas, y control más estrecho para las personas con riesgos o la derivación según protocolos.

9. Se realiza la Historia Clínica Perinatal Básica a todas las embarazadas con la correspondiente copia en el Carnet Perinatal y/o libreta sanitaria. Durante el largo de la atención, se anota en ambos documentos los resultados de cada evaluación, estudio, o indicación cuando corresponde, para que la mujer y la institución tengan copia de la información necesaria. Se cargan los datos en el SIP.

10. En todos los casos de riesgo, hay procesos estandarizados para coordinar la atención entre especialistas de obstetricia y neonatología.

11. A la embarazada se indica y controlan el uso de suplementos de hierro (Fe) y ácido fólico.

12. La evaluación y control del paciente incluye a la prevención, detección y tratamiento de infecciones.

13. Las tasas de Sífilis por VDRL positivas son evaluadas y se proponen acciones para mejorar estas tasas.

14. Las tasas de infecciones por HIV son evaluadas y se proponen acciones para mejorar estas tasas.

15. Se brinda material e instrucción, referencias a servicios, para dejar de fumar y manejar otras adicciones como alcoholismo y drogas.

16. Se recomendaron intervenciones cuando las tasas de tabaquismo están fuera del rango aceptable o empeoran.

17. Se detectan obesidad, diabetes, y otros problemas nutricionales y se refiere a un nutricionista.

18. Se realizan evaluaciones sobre la situación socio-cultural/económico/emocional de la embarazada y se detectan situaciones de riesgo para la mujer o el feto, inclusive del riesgo de violencia de género. Refieren estos pacientes a las disciplinas apropiadas.

Capítulo 8. PAR: Servicios para Partos

P. 28. Derechos de la parturienta

1. Según los deseos de la parturienta, se permite la presencia de un acompañante en el trabajo de parto, en el parto, y posparto. Tanto para un parto normal como patológico, sea este un familiar o partera empírica, sanadora tradicional o agente espiritual.

2. Se alienta a las mujeres a decidir sobre deambulación, ingesta de líquidos (té, infusión de hierbas), posiciones (vertical, horizontal, en cuclillas), proveyendo la infraestructura y mobiliario mínimo que lo haga posible.

P. 29. Parto: Seguridad y estandarización

3. El hospital utiliza protocolos para brindar servicios de parto. Para hacer esto, los jefes de servicio, conjunto con el personal del servicio, han adoptado recomendaciones y protocolos basados en la evidencia. El servicio monitoriza y mejora su cumplimiento con los protocolos. Actualizan la práctica acorde con nuevas evidencias.

4. Para intervenciones invasivas como el rasurado, la venoclisis, inducción, episiotomías, cesáreas, el uso de fórceps, y medicaciones y sueros, e inclusive monitoreo continuo que restringe la movilidad, los protocolos especifican y requieren documentación de una justificación médica en cada caso y están controlados por su sobre utilización. El personal sabe las tasas del uso de estas intervenciones y toma acciones para reducir el uso innecesario de ellas.

5. Utilizan protocolos para el control y monitoreo durante el trabajo de parto.

6. Utilizan protocolos para el manejo activo del parto, el alumbramiento activo y documenta y monitorea el porcentaje de partos realizados con alumbramiento activo y actúa sobre esta información para mejorar la tasa cuando necesario.

7. Aplican la evidencia científica para el clampeo oportuno de cordón umbilical.

8. Utilizan protocolos para la prevención y tratamiento de la hemorragia puerperal que incluye el la colocación del balón y el uso de suturas hemostáticas o envoltentes.

9. Utilizan protocolos para el inicio o la continuación del tratamiento de la infección por el VIH en las mujeres seropositivas.

Capítulo 9. POS: Post-Natal

P. 30. Posparto: Seguridad y estandarización

1. Aplican la profilaxis anti-D dentro de las 72 horas, cuando está indicada.

2. Toda mujer es evaluada dentro de 30 minutos pos parto y periódicamente por personal capacitado en cuanto a la correcta prendida y técnica de lactancia.

3. Aplican procedimientos estandarizados para la detección y tratamiento de infección y la sepsis puerperal.

4. Aplican procedimientos estandarizados para los controles de sangrado y la detección de hemorragia postparto. El servicio ha trabajado con laboratorios para desarrollar un plan de detección de, e intervención para la hemorragia masiva.

5. Aplican procedimientos estandarizados para la detección y manejo de la anemia materna.

6. Aplican procedimientos estandarizados para la consejería y promoción anticonceptiva posparto.

7. La institución documenta y monitoriza el porcentaje de egresos maternos con anticonceptivo elegido y entregado o colocado.

P. 31. Alta y referencia posparto

8. Antes del alta, el personal coordinó el seguimiento del recién nacido y la puérpera y confirmó que la madre y familiares entienden cuándo, dónde y porque deberían cumplir con el plan de seguimiento.

9. Los servicios de obstetricia y otras disciplinas tienen criterios para el alta post- parto y

post-evento obstétrico.

Capítulo 10. CIR: Cirugías y Anestesia

P. 32. Control de Tasas de Cesáreas

1. El servicio de obstetricia limita intervenciones quirúrgicas, por ejemplo cesáreas, a los casos en los cuales son absolutamente necesarias. Para definir esta necesidad, el personal asistencial ha consensuado en utilizar criterios y protocolos de atención basados en la evidencia. También los servicios obstétricos miden y analizan sus tasas de cesárea, y toman acciones correctivas cuando corresponde.

P. 33. Cirugías efectivas y seguras

2. Instituciones nivel IIIB aseguran que el centro obstétrico y los quirófanos están preparados con personal capacitado, equipos, salas, materiales, medicaciones, y protocolos para intervenciones quirúrgicas y procedimientos obstétricos, mínimamente estos son: cesárea, reparación de desgarros y rotura uterina, histerectomía, suturas compresivas, balón intrauterino, embarazo ectópico, fórceps, ventosa, extracción de placenta, atención post-aborto, AMEU.

3. Esta protocolizado y controlado el uso de prácticas basadas en la evidencia relacionados con las etapas pre-durante-y pos-quirúrgicas, como por ejemplo, la preparación del sitio quirúrgico.

4. Antes de la cirugía cada paciente recibe información sobre la cirugía necesaria. Consiente a la cirugía y posibles eventos relacionados como transfusión de sangre. El paciente recibe instrucciones (dadas en forma efectiva) sobre cómo preparar para la cirugía (ayunas, baño prequirúrgico, etc.) y el personal se asegura que el paciente entendió estas instrucciones. Cuando viene el paciente para la cirugía, el personal chequea que el paciente pudo cumplir con estas indicaciones y el personal documenta que la preparación (estudios previos, análisis clínicos, tipo de sangre, etc.) están disponibles y correctamente hechos. Los procedimientos especifican variaciones permitidas en casos de urgencia.

5. Todos los pacientes reciben una evaluación médica prequirúrgica. El contenido apropiado para esta evaluación está definido, por ejemplo, ECG antes de una cesárea. Existen protocolos que especifican las variaciones permitidas en casos de urgencias.

6. Existe un protocolo específico sobre cómo garantizar la lactancia materna frente a una cirugía materna o del niño. Este protocolo puede incluir extracción previa de leche, uso del centro de lactancia materna, asistencia a la madre para que pueda amamantar directamente cuando su condición clínica lo permita, etc.

7. Utilizan protocolos para la vacunación antitetánica en mujeres sometidas a una cesárea.

8. Se utilizan protocolos para la correcta profilaxis antibiótica en cesáreas.

9. Existen protocolos relacionados con la profilaxis contra trombosis venosa en cesáreas y otras intervenciones de similar riesgo para pacientes con factores de riesgo.

10. La anestesia general y regional está disponible dentro de los 30 minutos de requerida, 24/7, con guardia activa o pasiva.

P. 34. Registros e información quirúrgica

11. Se documentan, en forma continua, los tiempos entre iniciación del pedido de anestesia y el inicio de la administración de anestesia.

12. Antes de la intervención, se define y documenta un riesgo anestésico para cada paciente, el plan anestésico, las precauciones necesarias (disponibilidad de unidades de sangre por ejemplo).

13. Se documenta en la Historia Clínica una evaluación de riesgo anestésico antes de la cirugía, y después, el tipo y técnica de anestesia utilizada, la medicación, fluidos, sangre y gases administrados, el monitoreo del paciente durante el procedimiento, cualquier evento o hallazgo, la hora que empezó y finalizó el procedimiento, quien participo y los productos de la cirugía, por ejemplo muestras para histopatología.

14. Durante la recuperación se realiza el monitoreo de los signos vitales, sangrado y dolor con la frecuencia indicada. El personal conoce los valores críticos para reportar al médico responsable.

15. El anestesista evalúa al paciente para el alta anestésica y deja documentado el alta anestésica o se utilizan criterios escritos cumplidos para que el paciente reciba el alta.

16. El parte quirúrgico está documentado en la historia clínica dentro de los tiempos definidos por el hospital.

17. El personal del centro obstétrico y cada sector de quirófanos conocen las tasas de infecciones (del sitio quirúrgico de cesáreas por ejemplo).

18. Existe un plan posquirúrgico que incluye dónde y cómo se traslada el paciente y el recién nacido. La información clínicamente necesaria se traslada con la madre y con el neonato. Están documentadas y efectivamente comunicadas las precauciones especiales.

Capítulo 11. NAC: criterios específicos para el neonato, cuidados iniciales y atención durante su estadía

P. 35. Recepción segura del recién nacido

1. La maternidad define el personal mínimo para asistir el parto y la recepción del recién nacido. Todo el personal que asiste partos/nacimientos está entrenado en RCP Neonatal. De acuerdo con las condiciones particulares del feto/neonato, también hay personal especializado presente.

2. El hospital utiliza recomendaciones sobre la ligadura oportuna del cordón umbilical.

3. El hospital utiliza recomendaciones para evaluar y registrar el valor Apgar.

P. 36. Identificación del recién nacido

4. El hospital utiliza procesos estandarizados para la correcta e inmediata identificación del recién nacido antes de que se haya alejado del cuerpo de la madre. Se utilizan 3 brazaletes (2 para el RN 1 para la madre) con números iguales e información identificatoria completa en cada brazalete.

5. Cada parto o nacimiento se registra en el libro de partos, documentando los datos legalmente necesarios.

P. 37. Pesquisa neonatal

6. El hospital utiliza procesos estandarizados para la pesquisa neonatal, incluyendo la detección y tratamiento oportuno de trastornos genéticos, endócrinos y metabólicos.

7. El hospital utiliza procesos estandarizados para la evaluación de la capacidad auditiva del neonato.

8. El hospital utiliza procesos estandarizados para evaluar el reflejo rojo en el neonato.

9. El hospital utiliza procesos estandarizados para la pesquisa neonatal, incluyendo oximetría de pulso para detectar cardiopatías congénitas asintomáticas.

10. El hospital utiliza procesos estandarizados para la detección de Sífilis, Chagas, HIV, Estreptococo β .

P. 38. Prevención primaria en el recién nacido

11. El hospital utiliza procesos estandarizados para la prevención de muerte súbita.

12. El hospital utiliza procesos estandarizados para la vacunación.

13. El hospital utiliza procesos estandarizados para la definición de los procedimientos para recién nacidos <1500 gramos. Ejemplo, las recomendaciones del programa ACoRN que indica los Cuidados Iniciales de los Recién Nacidos de Riesgo.

14. El hospital utiliza procesos estandarizados para cuidados térmicos necesarios para prevenir la hipotermia.

15. El hospital utiliza procesos estandarizados para la administración de vitamina K para prevenir la enfermedad hemorrágica del recién nacido.

16. El hospital utiliza procesos estandarizados para la profilaxis oftálmica y reducir la incidencia de oftalmitis gonocócica.

17. El hospital promueve el vínculo madre-hijo, lo cual incluye contacto piel a piel de la madre y el neonato inmediatamente después del parto pero no más tarde que dentro de la primera hora de la vida del niño y el alojamiento conjunto las 24 horas/7 días cuando no existe necesidad médica para la separación. En la internación conjunta, está definido quien cuida el hijo si la madre y/u otro responsable salen de la habitación sin el niño para realizar un trámite o para ser examinada.

18. El hospital utiliza procesos estandarizados y, cuenta con estructura, para el uso de oxígeno mezclado con aire en la reanimación del neonato cianótico o con cualquier otra indicación de oxigenoterapia y se monitorea siempre con saturimetría de pulso.

19. El hospital utiliza procesos estandarizados para el uso eficaz de antibióticos, que incluye

el uso correcto de antibioticoterapia empírica.

20. El hospital utiliza procesos estandarizados para diagnóstico y manejo de la ictericia neonatal.

21. El hospital utiliza procesos estandarizados para la educación a las madres sobre los cuidados del recién nacido.

P. 39. Nutrición del recién nacido

22. El hospital utiliza procesos estandarizados para la promoción y el inicio temprano de la lactancia materna, inclusive en casos de cesáreas y otros casos complejos. A más tardar, antes de la salida de la sala de partos.

23. El hospital utiliza procesos estandarizados para la documentación del peso del neonato, incluyendo controles periódicos del peso, la alimentación y re- evaluaciones para detectar y tratar dificultades nutricionales.

24. Todo personal asistencial de las áreas perinatales recibe capacitación en lactancia y todo nuevo personal recibe capacitación en lactancia durante los 3 primeros meses de su incorporación.

25. Existe una política de Lactancia Materna conocida y avalada por todo el personal de la institución.

26. El hospital utiliza procesos estandarizados para el manejo del Centro de Lactancia Materna (CLM) siguiendo las Directrices Nacionales de Organización y Funcionamiento para CLM en Establecimientos Asistenciales; y las Pautas de Procedimientos para CLM en Establecimientos Asistenciales.

27. En la historia clínica se documenta el modo de alimentación del niño (Lactancia Materna Exclusiva, Lactancia y fórmula o fórmula). Si no se tratara de Lactancia Materna exclusiva se indicará claramente: diagnóstico, indicación y cantidad y tipo de otras leches y, de ser aplicable, planificación para el logro de lactancia materna exclusiva. Periódicamente, se documenta re-evaluaciones del estado de alimentación. Todas las madres cuyos hijos estén internados son informadas de la existencia del CLM y asistidas para su correcta utilización. Los pacientes están informados sobre guardias, grupos de apoyo, especialistas, consultorios de lactancia donde acudir al alta.

28. El hospital utiliza procesos estandarizados para la identificación de necesidades especiales de alimentación en los neonatos y el uso de sucedáneos de la leche materna.

29. El hospital utiliza procesos estandarizados para el manejo del lactario para la preparación de fórmulas. Hay controles periódicos del lactario de parte del servicio de neonatología, nutrición, farmacia, personal de infectología y microbiología. Es necesario que los procesos garanticen la calidad microbiológica de las fórmulas y la trazabilidad del proceso.

P. 40. Diagnósticos y tratamientos del recién nacido

30. Cuando haya incidentes de posibles infecciones gastrointestinales en los bebés recibiendo fórmulas, el personal revisa oportunamente los procedimientos, fundamentalmente el lavado de manos del personal. Y los insumos, el agua y las condiciones en el lactario, el sistema de distribución, y los controles de calidad.

31. El hospital utiliza procesos estandarizados para el diagnóstico y tratamiento de la sepsis, meningitis y neumonía frente a síntomas compatibles.

32. El hospital utiliza procesos estandarizados para la punción lumbar y vesical como parte del proceso para diagnosticar sepsis, con personal entrenado para esta intervención.

33. El hospital utiliza procesos estandarizados para la prevención, reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia en bebés BPEG y APEG y los hijos de madres diabéticas.

34. El hospital utiliza procesos estandarizados para el diagnóstico y tratamiento de las convulsiones. También del síndrome de abstinencia por bebés de madres adictas a drogas.

35. Existen listados de compatibilidad e incompatibilidad de medicamentos y lactancia materna.

P. 41. Alta y registros del recién nacido

36. El hospital utiliza procesos estandarizados para el alta después de un parto normal.

37. Para todos los neonatos, se realizan registros sistemáticos en su propia historia clínica y análisis de los datos e información utilizando SIP-G Neo y/u otro programa para crear información sobre el funcionamiento del servicio, los procesos y los resultados. Controlan la

veracidad de los datos y la información.

Capítulo 12. UCIN: Cuidados adicionales de neonatos en cuidados intensivos

P. 42. Cuidados intensivos de neonatos

1. La institución tiene unidades o sectores para cuidados intensivos neonatales (UCIN), cuidados intermedios y un sector de crecimiento prealta. Cada uno de estos sectores tiene criterios escritos que explicitan características fisiológicas y/o características de la complejidad de intervenciones necesarias que justifican que un neonato sea internado en el sector y para que reciba el alta del sector.
2. El hospital utiliza procesos estandarizados para el monitoreo de la frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial, saturometría de oxígeno. Se utilizan monitores multiparamétricos.
3. El hospital utiliza procesos estandarizados para la evaluación de ingreso de los neonatos en cada sector de internación. Esta incluye el registro de la temperatura del neonato dentro de su primera hora en la UCIN.
4. El hospital utiliza procesos estandarizados durante la estancia hospitalaria de tablas específicas de crecimiento para recién nacidos prematuros. Se calculan percentilos de acuerdo a Edad Gestacional y Desvíos Estándar (DS) o Score Z para evaluar crecimiento inadecuado.
5. El hospital utiliza procesos estandarizados para el registro de la ingesta diaria de líquidos y calorías y control y tratamiento del estado nutricional.
6. El hospital utiliza procesos estandarizados para la definición de los cálculos adecuados y métodos para la alimentación parenteral y enteral.
7. El hospital utiliza procesos estandarizados para la colocación y los controles de la condición de los catéteres centrales, incluyendo criterios y los tiempos para retirar el catéter.
8. El hospital utiliza procesos estandarizados para el uso de ventilación mecánica.
9. El hospital utiliza procesos estandarizados para la monitorización de la SatO₂ de acuerdo con las recomendaciones nacionales en lo referente a los límites de alarma.
10. El hospital utiliza procesos estandarizados para el uso de surfactante.
11. El hospital utiliza procesos estandarizados para el armado de los ventiladores.
12. El hospital utiliza procesos estandarizados para el drenaje neumotórax y los equipos para esa intervención.
13. El hospital utiliza procesos estandarizados para los análisis de gases en sangre con disponibilidad 24/7 y con resultados dentro de 15 minutos.
14. El hospital utiliza procesos estandarizados para hacer los ajustes de ventilación de acuerdo a resultados de los análisis de gases en sangre.
15. El hospital utiliza procesos estandarizados para la pesquisa de la retinopatía del prematuro (ROP) con oftalmólogo, siguiendo las recomendaciones del Programa Nacional de Prevención de la Ceguera.
16. El hospital utiliza procesos estandarizados para la anemia aguda y tardía del prematuro.
17. El hospital utiliza procesos estandarizados para la transfusión de sangre en el prematuro.
18. El hospital utiliza procesos estandarizados para los cuidados inmediatos y a largo plazo del neurodesarrollo.
19. El hospital utiliza procesos estandarizados para todas las intervenciones invasivas y especializadas como ventilación de alta frecuencia y la oxigenación por membrana extracorpórea.

P. 43. Seguimiento de los neonatos de alto riesgo

20. El hospital da el alta a los recién nacidos que estuvieron internados o quien tienen factores de riesgo. Realizan una contra referencia a consultorios de seguimiento de alto riesgo de modo personalizado, ya sea en el propio hospital o a otros centros.
- ## Capítulo 13. Liderazgo (Dirección, Jefes, Supervisores, etc.)

P. 44. Cumplimiento con las leyes y requerimientos

1. Los líderes aseguran cumplimiento continuo de las obligaciones de la categorización IIIB, como está estipulado en las Resoluciones Ministeriales 348/2002 y 641/2012, que establecen normas de organización y funcionamiento de las maternidades. Excepto en instituciones limitadas a la población pediátrica, el Nivel IIIB se refiere a aquellas instituciones con la

capacidad de proveer todo tipo de cuidado ginecológico relacionado con salud sexual y reproducción, de alto-riesgo obstétrico y neonatal, incluyendo los cuidados requeridos por niños extremadamente prematuros, con menos de 32 semanas de edad gestacional, patologías críticas, patología quirúrgica general y compleja, incluyendo SNC y cardiológica. La institución que atiende pacientes de alto-riesgo, prematuros <32 semanas, patologías, cuenta con la dotación de recursos humanos, el equipamiento, los insumos y la planta física necesario para la categorización IIIB ambos para servicios de obstetricia y para servicios de neonatología.

2. Cuando la institución forma parte de una red de atención de una región, la maternidad IIIB funciona como referencia, a través de la coordinación y asesoramiento en los casos y condiciones complejos. En los casos complejos, que no se pueden resolver en la maternidad, la institución IIIB coordina la atención en una institución apta. De igual manera, la maternidad IIIB hace la contra-referencia para casos que requieren seguimiento local y para condiciones no urgentes de menor complejidad.

3. A fin de obtener la autorización necesaria, la institución y/o sus servicios han sido habilitados por la autoridad pertinente, como así también han obtenido su renovación.

P. 45. Disponibilidad de servicios acordes al nivel de complejidad

4. Los servicios perinatales definieron qué complejidad de pacientes pueden recibir atención en la institución, y esta definición está claramente comunicada al personal, las otras instituciones en la región, inclusive los CAPS. El personal tiene información sobre dónde y cómo referir a las personas que han llegado a la institución, pero que la institución no tiene la capacidad para atender adecuadamente. En estos casos, la institución se encarga del caso hasta que se confirma que otra institución acepta la responsabilidad del caso. El nivel de complejidad, limitaciones en la capacidad de los servicios perinatales, los días y horarios de los servicios que ofrece la institución están comunicados a las instituciones de la red, a las instituciones en la comunidad y a los usuarios.

5. Los líderes aseguran que hay servicios de anestesia para pacientes maternos neonatales, con guardia activa o pasiva, dentro de los 30 minutos de que la necesidad esté identificada 24/7.

6. Los líderes aseguran que hay neonatólogos y obstetras de guardia activa 24/7.

7. Maternidades de categoría IIIB tienen unidades de cuidados intensivos para adultos y neonatos.

8. La institución tiene definidos los días y horarios necesarios de los servicios diagnósticos, terapéuticos, de apoyo y auxiliares y cuáles son necesarios tener disponibles 24/7 o los días y horarios necesarios para cubrir la necesidad, inclusive la necesidad si ocurre una emergencia como hemorragia severa, eclampsia, embolismo pulmonar, parto múltiple, cesárea de emergencia, etc. Por escrito, la institución definió, para cada uno de los servicios, si funciona con guardias activas o pasivas y asegura que estén disponibles los procedimientos y dispositivos necesarios para comunicar e iniciar servicios en forma urgente. Cuando el servicio no está considerado esencial y cierra, coordinó con los servicios perinatales como cubrir las eventuales necesidades durante los horarios de cierre. La disponibilidad (horarios, oferta de estudios y servicios (que puede variar por los horarios, es decir, podría ser en la noche están disponibles servicios limitados, guardias activas vs. pasivas, etc.) de estos servicios no debe impedir con el oportuno diagnóstico, tratamiento o alta del paciente. Los siguientes servicios de apoyo y auxiliares necesarios están disponibles:

9. Servicios de hematología están disponibles 24/7.

10. Servicios de diagnóstico por imágenes, inclusive ecografías, están disponibles 24/7.

11. Servicios del laboratorio de análisis clínicos con uso del micrométodo están disponibles 24/7.

12. Servicios del laboratorio de serología están disponibles 7 días de la semana.

13. Servicios del laboratorio de bacteriología, o sus funciones, están disponibles 7 días de la semana.

14. Servicios de farmacia están disponibles 24/7.

15. Servicios de alimentación y nutrición (para adultos y neonatos) están disponibles 7 días de la semana.

16. Un CLM está disponible 24/7.
 17. Servicios sociales, o sus funciones, están disponibles 7 días de la semana.
 18. Servicios de salud mental están disponibles 7 días de la semana.
 19. Personal y dispositivos para la Seguridad/vigilancia están disponibles 24/7.
 20. Servicios del laboratorio de anatomía patológica están disponibles 7 días de la semana.
 21. Servicios del morgue están disponibles 7 días de la semana.
 22. Servicios de esterilización están disponibles 7 días de la semana.
 23. Lavadero horario suficiente para cubrir la necesidad.
 24. Fonoaudiología horario suficiente para cubrir la necesidad.
- P. 46. Registro y Análisis de la información
25. Los líderes aseguran que las funciones organizacionales necesarias relacionadas a la calidad están cumplidas. Ejemplos: prevención y vigilancia de infecciones, uso racional de antibióticos, resolución de conflictos y cuestiones éticas en relación a los pacientes, ateneos, farmacia, mortalidad y morbilidad, bioingeniería, bioseguridad, mantenimiento edificio, vigilancia, seguridad y calidad de la atención, seguridad anti-incendio y de emergencias, informática e historias clínicas, y otras funciones similares. Cada una de estas funciones debería ser informada periódicamente a la dirección y al personal relevante. El formato de cumplimiento de estas funciones podría ser en forma de comités, departamentos o servicios, grupos de trabajo, o individuos con estas responsabilidades. El formato debería ser efectivo; lo importante es que la función sea cumplida.
 26. El formulario SIP-G es utilizado por servicios perinatales. Los servicios trabajan para mejorar continuamente que sea completo, preciso y oportuno. Se reportan los datos requeridos, analizan las tendencias y mejoran los resultados. Los líderes aseguran que hay suficiente personal, computadoras y conexión de internet para cargar y enviar los datos de SIP-G.
 27. En el servicio de obstetricia se utilizan y documentan los 10 Criterios de Robson para cada paciente que concurre a la institución para un parto. La OMS propone la adopción de la clasificación de Robson como sistema de clasificación de las cesáreas aplicable a nivel internacional. Clasifica a todas las mujeres ingresadas para dar a luz en uno de 10 grupos en función de características fácilmente identificables (número de embarazos anteriores, presentación cefálica, edad gestacional, existencia de cicatrices uterinas, número de niños o modo como se inició el parto). Su propósito es facilitar las comparaciones y el análisis de las tasas de cesáreas en un mismo centro y entre diferentes centros, países y regiones.
 28. Hay mecanismos efectivos para que el personal y los pacientes puedan informar (en forma anónima si lo desean) cuando ocurren incidentes (accidentes, robos, violencia, etc.), errores, casi-errores (acontecimientos peligrosos que no han producido daños y que sirven de aviso de posibles sucesos), efectos adversos y eventos centinelas como la apropiación indebida o entrega equivocada de bebés. Esta información es informada a las autoridades cuando es requerida, analizada y comunicada al personal periódicamente, para identificar y priorizar oportunidades para mejorar procesos y sistemas. Se completa un análisis causa-raíz para cada evento centinela. También se utilizan tasas e información sobre volumen, estadías, resultados, SIP-G, morbilidad y mortalidad, infecciones, quejas y sugerencias, y encuestas para mejorar la atención. La información no es utilizada para propósitos punitivos; los líderes utilizan esta información para mejorar el desempeño de la institución.
 29. Las tasas de infecciones de pacientes maternos neonatales están puntualmente comunicadas al personal y las acciones necesarias para mejorarlas están tomadas.
- P. 47. Efectividad y Seguridad en el Liderazgo
30. Los líderes de la institución en conjunto con los servicios perinatales han implementado medidas para cumplir con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente e implementar las soluciones de la OMS para éstas, específicamente: identificación correcta, comunicación efectiva, manejo seguro de medicaciones de alto-riesgo, cirugía correcta-paciente correcto, prevención de infecciones, prevención de caídas.
 31. La institución tiene un programa de mejora de la calidad con el liderazgo y las herramientas necesarias. Como parte de este programa, hay como mínimo un proyecto de mejora relacionado con la atención perinatal. Los proyectos de mejora están hechos

utilizando un ciclo de mejora, por ejemplo, el de Planificar, Hacer, Verificar y Actuar (ciclo "PDCA") y están documentados.

P. 48. Gestión de Recursos Humanos

32. Los líderes analizan y recomiendan la dotación de personal y esta dotación es adecuada para cumplir con las necesidades de los pacientes. Instituciones categorizadas IIB deberán tener médicos obstetras y neonatólogos de planta y los médicos de guardia también deberán ser especialistas. Ellos deberán tener acceso a consultores para especialidades incluyendo infectólogos, oftalmólogos, cardiólogos, urólogos, nefrólogos, neurólogos, cirujanos generales, cirujanos especialistas y cardiocirujanos, genetistas, etc.

33. Para la asignación de pacientes a enfermería y otro personal asistencial se deberá tener en cuenta la gravedad y/o inestabilidad de los pacientes.

34. La institución, los responsables de RR.HH., tienen procesos confiables para verificar o validar que la persona tiene los títulos y la evidencia de la experiencia y entrenamiento correspondiente a su actividad y nivel de responsabilidad en el hospital. 35. Todo personal está identificado para que los pacientes y familiares, y las visitas, puedan saber la función de cada persona en la institución. Los pacientes están informados quienes son las personas asistenciales responsables de su atención en cada momento. Los sectores y puertas "sólo para personal autorizados" están definidos y controlados.

36. Se documentan los controles y acciones tomados en relación a las ausencias, licencias y problemas de desempeño del personal, inclusive su conducta y trato con otros que trabajan allí y con los pacientes. El llenado apropiado del SIP-G e historias clínicas están entre los criterios evaluados en el desempeño.

37. El personal conoce sus responsabilidades y están descritas en una descripción de puestos.

38. La institución tiene procesos implementados para asegurar que el personal posee las competencias necesarias para atender las condiciones y la población de sus pacientes. Esto aplica a todo el personal asistencial, inclusive suplentes y personal nuevo. Por ejemplo, el nuevo personal de enfermería en un UCIN/UTIN deberá tener entrenamiento especial en el manejo del recién nacido enfermo y mostrarse competente en las intervenciones más complejas y riesgosas, en el uso de los equipos médicos, antes de trabajar en forma independiente de la supervisión directa.

39. La institución tiene programas implementados para que su personal reciba capacitaciones periódicas respecto a procesos claves, como: identificación del paciente y sus estudios/tratamientos, comunicación efectiva, prevención y control de infecciones, manejo de medicaciones de alto riesgo, derechos del paciente, calidad y seguridad, RCP, reporte de incidentes, etc., y temas específicos para la población del pacientes que atiende como métodos anticonceptivos, emergencias obstétricas, y la lactancia. También recibió educación sobre los equipos (eléctricos o no) que se utiliza en el sector.

40. El personal participa de simulacros de emergencia de incendio, humo y otros potenciales desastres basados en la historia de éstos en la institución, la zona geográfica, la comunidad, etc. y aprendieron como evacuar neonatos, pacientes bajo los efectos de anestesia o incapacitados, pacientes en respiradores, etc.

41. Los líderes aseguran que los roles y responsabilidades de estudiantes y residentes están claros y adecuadamente supervisados.

42. El personal documenta y reporta las complicaciones y muertes según lo que requieren las autoridades.

43. Los líderes del hospital y de los servicios y sectores, comunican y quedan registradas las necesidades del servicio a las autoridades competentes. Estas necesidades incluyen equipamiento, personal, planta física, capacitaciones, etc.

44. El voluntariado hospitalario debe realizar acciones de apoyo a las mujeres poseventu obstétrico, embarazadas o madres y a sus familias en todas las áreas de la maternidad y en la Residencia de Madres. Existen normas pautando los roles y responsabilidades de los voluntarios para las cuales son capacitados.

45. En los servicios se controla que personal en toda la institución utilice la protección indicada para ellos mismos y para los pacientes. Por ejemplo, los servicios de radiología que

se realizan, inclusive en pisos y unidades, utilizan métodos de protección contra exposición a radiación para el personal, pacientes, visitas y otros.

P. 49. Disponibilidad de Servicios Diagnósticos y de Laboratorio (hemoterapia, análisis clínico, patología, morgue, etc.)

46. Cada uno de los servicios de laboratorio e imágenes tiene documentación de controles de calidad que incluyen control de las condiciones de almacenamiento, vencimientos, la efectividad de insumos, equipos, reactivos, documentación, mecanismos para la trazabilidad e informes para los estudios y tratamientos que hace.

47. Los tiempos de respuesta de estudios de imágenes y de los laboratorios están controlados, documentados y analizados. Los pedidos urgentes tienen definidos los tiempos aceptables de devolución de resultados y estos tiempos están monitoreados y cumplen con las necesidades asistenciales.

48. Los laboratorios y servicios de imágenes colaboraron con los servicios perinatales para definir listados de los resultados críticos que deberían ser reportados en forma urgente a los médicos responsables del paciente. Si estos reportes son verbales, personalmente o por teléfono, utilizan un sistema de reporte de resultados críticos que incluye el “escribir y leer/repetir”.

49. Hay manejo seguro y trazable (con 2 identificadores completos en cada fase) de muestras y estudios de todo tipo, desde la indicación médica, la preparación, la “toma”, traslado, recepción, registro, procesamiento, guardado, informe/reporte, y hasta el descarte. Se etiquetan las muestras, inmediatamente después de tomarlas y delante del paciente (o en el quirófano), utilizando un sistema de identificación completo (nombre y apellido y otro identificador único como el número de documento, y los detalles necesarios de la muestra para el estudio).

50. La calidad y seguridad de los insumos, las muestras y los estudios realizados en sectores fuera de los Servicios de Apoyo, por ejemplo, pruebas de glucosa hechas en sectores de internación, o ECG o Rx portátiles, ecografías, stocks de medicaciones en unidades, como otros ejemplos, también son la responsabilidad del servicio de apoyo correspondiente. Entre otros aspectos de supervisión de estos servicios se aseguran que el personal que hace estos estudios está capacitado para hacerlo.

51. En caso de estudios o intervenciones necesarios que no pueden realizarse en la institución, existen procesos organizados para referir a los pacientes o enviar sus muestras. Cuando los estudios para pacientes internados están realizados afuera de la institución, por prestadores públicos o privados, la institución controla la calidad y los tiempos de demoras para hacer y recibir los resultados.

52. En cada servicio, trabajando en colaboración con el personal de los servicios materno-infantiles, se han definido los estudios o servicios que se pueden realizar en forma urgente y los tiempos en los cuales estos estudios deberían estar completados e informados.

53. Existe la capacidad institucional (o en una institución de referencia) de hacer autopsias de muertes maternas, fetos y neonatos según la ley y los deseos de los familiares.

54. Hay mecanismos utilizados para comunicar oportunamente al médico y/o el paciente casos de resultados anormales que no fueron entregados, por ejemplo, una pesquisa neonatal anormal cuando el paciente ya se fue de alta.

55. La institución asegura la capacidad para la transfusión de sangre segura: realización de Grupo y factor, prueba de compatibilidad cruzada, contar con Banco o reserva renovable.

56. En forma continua, se documentan y analizan los tiempos de demora entre el inicio del pedido y el inicio de la intervención hemoterapéutica. Cuando hay demoras puntuales o generales, la institución y los servicios involucrados toman medidas para mejorar los tiempos.

57. Existe un protocolo documentado y conocido para la hemorragia masiva desarrollado colaborativamente entre servicios como obstetricia y hemoterapia.

Capítulo 14. MET: Metas internacionales y esenciales de seguridad. Aunque generalmente aplican a toda la institución, serán consideradas sólo en relación a los cuidados a pacientes maternos neonatales.

P. 50. IDENTIFICACION CORRECTA

1. La organización dispone de procedimientos estandarizados en relación a la identificación de todos los pacientes. La identificación debería estar hecha en tal forma que confirme, en momentos de cambios e intervenciones que este es el “paciente correcto” y que coincide con “el procedimiento correcto” para este paciente. Los líderes, preferentemente desde un nivel central, explicitan cuáles son los 2 identificadores que serían utilizados y su método de uso. La política de identificación incluye el procedimiento y método para la identificación de neonatos, nacimientos múltiples y recién nacidos derivados de otros hospitales, pacientes en coma, pacientes sin nombre (n/n), nacimientos domiciliarios o en traslado, así como otras situaciones especiales como cuando hay 2 pacientes con el mismo o similares nombres y apellidos internados, o pacientes que se niegan a ser identificados. Las excepciones permitidas, como casos de emergencia de vida y muerte, están protocolizados.
2. La identificación de pacientes incluye siempre el uso de 2 identificadores únicos y completos (generalmente nombre y apellido completo y otro identificador como el número del DNI). El número de habitación y/o cama no son válidos datos para la identificación. Esta identificación puede realizarse a través de brazaletes, pulseras u otro sistema. Puede variar entre pacientes internados y pacientes ambulatorios.
3. Hay procedimientos definidos con respecto a cómo reemplazar una pulsera/brazalete de identificación cuando éste fue removido o destruido. En el caso en el que el brazalete debe ser retirado porque interfiere con tratamiento, se vuelve demasiado apretado, no es legible o requiere actualización de datos, una nueva banda de identificación será colocada en la muñeca y/o el tobillo alternativo del paciente antes de retirar el antiguo brazalete de identificación. No es suficiente apoyar o pegar la identificación en la incubadora o un mueble cercano al paciente.
4. Se corrobora la identificación con los 2 identificadores de los pacientes antes de intervenciones y estudios, traslados, cambios de sectores o cama, administración de medicaciones, o circunstancias similares. Ejemplos: análisis clínicos -sangre, orina-, cultivos, tejidos y otras muestras para anatomía patológica, estudios de imágenes, intervenciones y cirugías. Se etiquetan las muestras delante de los pacientes en el momento de la toma o entrega. Se identifican pacientes antes de realizar traslados internos y externos, ya sea de una unidad a otra, una cama a otra, o a o del quirófano, o para un estudio.
5. En el caso de neonatos, el proceso de identificación contempla las leyes 24540 y 24884. En el hospital se utiliza el sistema de 3 brazaletes (2 para el RN y 1 para la madre) cada brazalete con la misma numeración. Hasta que el neonato tiene nombre propio, el brazalete del RN tendrá el nombre completo de la madre y la fecha del nacimiento. El brazalete será actualizado cuando el neonato tiene nombre propio y/o DNI. El binomio madre-hijo está identificado con brazaletes con los 2 identificadores dentro de la sala de partos y antes de que estén separados por cualquier motivo. Se vigila que no haya intercambios ni robos de bebés de parte de visitas, pacientes y personal.
6. Existen mecanismos para controlar los egresos e ingresos de personas y bebés para garantizar que no haya la apropiación indebida o la entrega equivocada de bebés. El hospital tiene un plan de acción para cuando haya personas o situaciones sospechosas. También existe un mecanismo para alertar e informar cuando ocurre uno de estos incidentes.
7. Cada etiqueta de muestras, orden e indicación médica, carnet (prenatal, vacunación) cada informe o reporte de un estudio, y cada hoja de la historia clínica del paciente, contiene los 2 identificadores del paciente.
8. Se incluyen los pacientes y familiares en el programa de identificación correcta. Se informa a ellos que el personal chequeará repetidamente estos datos. Se informa a madres y familiares sobre la importancia de no sacar las pulseras del bebé y vigilar que el bebé esté siempre con la madre o un familiar.

P. 51. MEJORAR LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

9. Existen procesos para asegurar la “comunicación-efectiva”, estandarizada (verbal y/o escrita), en el traspaso de paciente entre servicios o niveles de atención (por ejemplo desde quirófano al piso de internación) y en los pases de guardia. Para que la información esencial sobre el paciente, su condición, y las futuras precauciones con respecto a su atención sean claras para los próximos profesionales responsables de su cuidado.

10. Las órdenes y reportes verbales son utilizados únicamente en situaciones en las que es difícil o imposible documentarlos en papel o electrónicamente y en este caso existen procedimientos implementados y monitoreados para el manejo de las órdenes verbales (validación y documentación).

P. 52. MEJORAR LA SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO

11. La organización implementa estrategias recomendadas en la literatura para reducir riesgos relacionados con medicamentos de alto riesgo, como los que indica el ISMP-España (<http://www.ismp-espana.org/>) u otro organismo similar y basado en la historia de errores y casi errores de medicaciones en la institución.

12. El personal está capacitado sobre los peligros de electrolitos concentrados y otras medicaciones consideradas de riesgo.

13. El hospital coordina la separación física y etiquetación de electrolitos concentrados y la restricción a sectores donde son clínicamente necesarios.

14. Los neonatos internados en cuidados intensivos sufren muy alto riesgo de error con los medicamentos, por lo cual se han tomado acciones para reducir dichos riesgos: por ejemplo, involucramiento de farmacéutico en las decisiones sobre medicaciones y alimentaciones, chequear doblemente los cálculos, indicaciones, preparaciones, administración, descarte, etc.

15. El hospital coordina el etiquetado especial y el uso de otras precauciones para medicamentos de nombre y/o envases parecidos.

P. 53. GARANTIZAR LA CIRUGÍA EN EL LUGAR CORRECTO, CON EL PROCEDIMIENTO CORRECTO Y AL PACIENTE CORRECTO

16. La organización se adhiere al programa de la OMS de Cirugía Segura Salva Vidas o programa similar.

17. El programa de OMS de Cirugía Segura requiere que el equipo quirúrgico utilice un “tiempo-fuera”, con todo el equipo profesional presente en el quirófano y justo antes de comenzar la cirugía para confirmar los datos del formulario.

P. 54. REDUCIR EL RIESGO DE INFECCIONES ASOCIADAS CON LA ATENCIÓN

18. La organización implementa un programa efectivo de Higiene de Manos en la Atención de la Salud o programa similar.

19. Se desarrollan políticas y/o procedimientos para reducir continuamente el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

20. En todos sectores y lugares funcionalmente apropiados, existen los elementos necesarios para cumplir con el programa: agua y jabón y toallas de papel o alcohol gel para manos.

21. Personal en todos sectores utiliza los elementos (p.ej., agua, jabón, toalla de papel, alcohol gel) para el lavado de manos, en los momentos apropiados.

22. Se incluyen pacientes, familiares y visitas en las actividades de seguridad del paciente cuando aplica, como la identificación correcta y el programa de “manos limpias”.

P. 55. REDUCIR EL RIESGO DE DAÑO AL PACIENTE CAUSADO POR CAÍDAS

23. El hospital implementa un proceso para la evaluación inicial del riesgo de caídas (ambos de neonatos y adultos) del paciente y se implementan medidas para reducir el riesgo de caídas en los pacientes con riesgo de caídas identificados.

P. 56. GESTIÓN DE LOS INCIDENTES

24. Existe un programa para la gestión (sistemas para la prevención, informe y reporte, detección, análisis, intervención) de los incidentes, cuasi-errores, accidentes como las caídas de bebés o adultos, eventos y reacciones adversas y eventos centinelas. Éstos están definidos y entre las definiciones está nombrado el robo o la entrega equivocada de bebés.

25. La institución monitorea los resultados obtenidos por las medidas implementadas en relación a la seguridad de los pacientes a través de un programa de gestión de incidentes, cuasi-errores, accidentes (caídas de bebés o adultos), eventos y reacciones adversas y eventos centinelas y a través de mediciones con indicadores. También considera las quejas y sugerencias de parte de usuarios relacionados con la seguridad del paciente. Tienen definidos los procesos estandarizados sobre como informan pacientes y familiares cuando hubo un error en la atención.

Capítulo 15. MED: Gestión de Medicaciones. Se incluye el manejo de las leches, las fórmulas, y la nutrición parenteral y entera e insumos

P. 57. Organización de Servicios Farmacéuticos

1. El hospital dispone de la “función” farmacia clínica que tiene como objetivo la efectividad, eficiencia y seguridad en el uso de los medicamentos, insumos y productos nutricionales.
2. La farmacia es un servicio general, clínico, integrado funcionalmente y jerárquicamente en el Hospital, con relación directa con servicios perinatales. Sus actividades farmacéuticas incluyen la asistencial, administrativo, tecnológico y científico y conforme con el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, que aprobó las Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Farmacia Institucionales (Disp. 641/00)
3. La farmacia participa en la implementación de soluciones relacionadas con la Metas Internacionales de Seguridad (<http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf>ua=1 del OMS u otra entidad similar).
4. La farmacia trabaja conjuntamente con los servicios y disciplinas y otros sectores (como en del control de infecciones) en implementar las soluciones, o correcciones a los procesos más relacionado con farmacia, por ejemplo, medicamentos de aspecto o nombre parecidos, identificación de pacientes, control de las soluciones concentradas de electrolitos, asegurar la precisión de la medicación en las transiciones asistenciales, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, usar una sola vez los dispositivos de inyección. Colabora con personal de servicios perinatales e infectólogos que estén los insumos necesarios para mejorar la higiene de las manos y prevenir las infecciones asociadas a la atención a la salud. El alcance del rol de la farmacia incluye todas las áreas, servicios, y sectores donde almacenan, preparan, y aplican medicaciones y productos nutricionales.
5. El hospital cuenta con indicadores validados, considerados trazadores, para evaluar la calidad de la Farmacia Institucional y el Uso de Medicamentos.
6. Cada sector y unidad donde almacenan, preparan o administran medicamentos, fórmulas, etc., está periódicamente inspeccionado y observado por farmacia para controlar los stocks, vencimientos, etiquetación, condiciones, temperaturas correctas. Farmacia junto con cada sector trabajan para que los stocks en unidades de atención incluyan sólo los ítems necesarios para el sector y en cantidades necesarias, pero no de más. Personal del sector hace inspecciones periódicas y también junto con personal de farmacia para revisar procesos de guardado, reconciliación, sistemas para el reporte de errores, el uso racional de antibióticos, prácticas de preparación y administración, recuperación y descarte, etc. En esto farmacia trabaja conjuntamente con personal apropiado como de prevención y control de infecciones.

P. 58. Procesos de medicaciones desde la indicación médica hasta la farmacovigilancia

7. Hay una definición escrita de las limitaciones cuando hay indicaciones urgentes o imprescindibles.
8. Los medicamentos y productos nutricionales (incluidos productos de nutrición parenteral y enteral, fórmulas para neonatos, no comida) se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas, con las metodologías, el equipo y los suministros adecuados.
9. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación sea adecuada en dosis, frecuencia y vía de administración.
10. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación no esté duplicada o que no haya otra medicación con el mismo efecto.
11. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación contemple las alergias o sensibilidades reales o potenciales;
12. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación contemple las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos, la lactancia o alimentos;
13. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación contemple el peso del paciente y demás información fisiológica.
14. Antes de la dispensación o preparación de medicamentos se evalúa que la indicación contemple las medicaciones que el paciente venía tomando antes de su internación, o que trajo consigo para seguir tomando. De igual manera, antes del alta, revisan con el paciente cuales medicaciones sigue tomando o no, por ejemplo para evitar que haya duplicaciones o

medicaciones dejadas por no entender que tenía que resumir la ingesta.

15. Existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que recetó u ordenó el medicamento, cuando surgen dudas.

16. Se dispone de libros de referencia o el software para la verificación de interacciones entre fármacos, entre fármacos y la lactancia, alergias a fármacos, y se actualizan periódicamente.

17. La farmacia entrega medicamentos en forma “listas para administrar”, evitando en lo posible el fraccionamiento y la preparación y en cada sector, por ejemplo con un sistema “unidosis”.

18. Los medicamentos se almacenan de acuerdo a las indicaciones del fabricante.

19. Los medicamentos e insumos que son retirados de su envase original son rotulados adecuadamente.

20. Los médicos asistenciales trabajan conjuntamente con el personal de farmacia y “compras” para definir el formulario de medicaciones. Y, cuando hay faltantes de medicaciones, la farmacia trabaja con el personal médico más apropiado y avisa a todo el personal como reemplazar la medicación faltante (su dosificación, administración, etc). Cuando el médico necesita de una medicación que no está en el formulario o en stock, hay procedimientos estandarizados sobre cómo proceder. Las tendencias de estos casos están documentadas.

21. Se administran medicamentos y productos nutricionales/fórmulas o dietas especiales sólo con indicación médica.

22. Los medicamentos se administran según procedimientos escritos que incluyen controles sobre el correcto: paciente, fármaco y concentración, dosis, hora, vía, tiempo de administración/infusión y vencimiento.

23. Los médicos, obstétricas y enfermeros monitorizan y documentan los efectos de la medicación y alimentación especial administradas al paciente.

24. Están reportados y analizados los efectos adversos o no esperados.

25. Se reportan y revisan los errores en las indicaciones médicas, en la preparación, y en la administración de la medicación.

Capítulo 16. ENT: Prevención de Infecciones y Seguridad del Entorno

P. 59. Manejo seguro de equipamiento de uso asistencial

1. El equipamiento médico (electrónico y no electrónico) utilizado para pacientes maternos neonatales es suficiente en cantidad y está actualizado según la evidencia y las necesidades de los servicios perinatales, acordes a la categoría IIIB.

2. Existe un inventario controlado, que incluye todo equipamiento biomédico, electrónico o no. Es decir, es posible ubicar cualquier equipamiento que pertenece a la institución y existen medidas para prevenir el robo de estos equipos.

3. Existe un programa de mantenimiento preventivo y correctivo del equipamiento médico, electrónico o no. Equipamiento médico utilizado en pacientes del hospital, pero que pertenece a un tercero (un servicio de diálisis contratado, un ecógrafo del médico) también son controlados por la función de bioingeniería de la institución. Si personal (cirujanos, residentes) utilizan su propio equipamiento, el hospital controla la calidad y el uso correcto de éstos.

4. Existen controles (termómetros y registros de temperaturas), control y orden de contenidos, mantenimiento, y reparación de heladeras y freezers usados por propósitos médicos o para comidas o leches de pacientes.

P. 60. Limpieza y desinfección de equipos y el entorno asistencial

5. Se implementan recomendaciones nacionales y de los fabricantes para la esterilización, limpieza, desinfección, control y prevención de infecciones de equipos e insumos médicos. Incluye los dispositivos descartables que se reutilicen.

6. Cuando hay equipos (electrónicos o no) que están utilizados en varios servicios o para un paciente tras otro, la institución tiene definido, en un procedimiento escrito, la limpieza apropiada entre pacientes y entre unidades. Por ejemplo, puede ser que el mismo equipo de ECG (o rayos, o ecografía, etc.) es utilizado en internación adultos y también en el UCIN, o un ecógrafo es utilizado por múltiples pacientes en un consultorio).

7. Existen procedimientos para la limpieza de rutina y la limpieza incidental diseñados,

aprobados y monitoreados por responsables de control de infecciones para asegurar que empleados trabajan con el equipamiento, químicas/detergentes y métodos seguros. Existen procedimientos para la limpieza profunda, incidental y entre usos, de camillas, muebles y equipos.

P. 61. Prevención y control de infecciones

8. Se monitorean, comunican y toman acciones para mejorar las tasas de infecciones. Los servicios perinatales tienen datos sobre las tasas de infecciones en relación a sus pacientes y procedimientos.

9. Hay una política y procedimientos para el uso racional de antibióticos. Periódicamente infectología revisa los protocolos del uso de antibióticos siendo utilizado por pacientes maternos neonatales.

10. Todos los tipos y casos de aislamientos y precauciones están señalizados tanto para personal como para visitas, las acciones a tomar o procedimientos a cumplir y elementos para cumplir con cada tipo de aislamiento o precaución están visibles fácilmente, y la adherencia (ambos personal, pacientes y visitas) a las precauciones está vigilada.

11. Todos sectores asistenciales y de servicios de apoyo tienen una circulación de materiales y equipos, y de personal, que optimiza la separación y reduce el cruce funcional de ítems, materiales, personal, 'sucio' y 'limpio'. Esta significa definir sectores, mesadas, piletas, etc., que son para apoyar materiales usados y otros para mantener limpios para la preparación de medicaciones o fórmulas.

12. Todo el personal en el hospital que puede ponerse en contacto físico con pacientes directamente o con material químico o biológico, utiliza los equipos de protección apropiados. También lo sacan o cambian en forma y momentos apropiados (entre pacientes, por ejemplo).

13. La calidad del aire está controlado, y documentado para cada sector crítico: centro obstétrico, internación de neonatología, cuidados intensivos, quirófanos. Consideran flujos positivos y negativos, limpieza de filtros, controles de temperatura y humedad.

14. Los residuos potencialmente patogénicos, inclusive los corto punzantes, las muestras usadas del laboratorio e histopatología, se manejan en forma segura y según lo que requiere la ley. Otros materiales peligrosos, químicos o radiológicos, también están manejados en forma segura.

15. La ropa sucia 'de cama' (sábanas, ambos, chalecos de médicos y enfermería), está guardada y trasladada en forma segura (en contenedores herméticos) y está lavada según recomendaciones (cual detergente, temperaturas, etc.). Si el personal mismo es responsable para el lavado de sus ambos, hay procedimientos escritos. Ropa de cama, ambos y batas limpias están tapadas y guardadas en bolsas u otros contenedores hasta su uso en condiciones que eviten el desvío.

16. La comida de los pacientes se prepara y distribuye de modo que se previenen infecciones. Están controlados los vencimientos y condiciones de guardado y cocción de las comidas. La cocina hace los controles periódicos de bacteriología. Incidentes de posibles intoxicaciones están investigados. Dietas especiales cumplen con los requisitos nutricionales. Pacientes con indicaciones de "ayunas" no reciben comidas y pacientes no están en dietas restringidas más que el tiempo recomendado sin una evaluación especial de parte del médico o nutricionista.

17. Existe un programa efectivo de control de vectores.

P. 62. Las instalaciones y manejo de riesgos

18. Las instalaciones, los espacios, la organización física entre sectores, los muebles, y el equipamiento en cada sector son apropiados para los servicios que brindan. El entorno debería facilitar los cuidados e intervenciones que podrían ser necesarios y al mismo tiempo facilitar cumplimiento de los derechos del paciente.

19. Los servicios básicos e instalaciones esenciales (como ascensores) funcionan según las necesidades asistenciales.

20. Existe un mantenimiento preventivo y correctivo documentado para todos los servicios básicos e instalaciones esenciales, como succión y gases medicinales.

21. En caso de falla, existe provisión alternativa de servicios e instalaciones esenciales y los mismos se controlan.

22. Existe un programa de gestión de riesgos que incluye la prevención, identificación, priorización y resolución de riesgos. Esta refiere a riesgos de todo tipo: caídas, suicidios, eléctricas, seguridad del paciente, vigilancia, etc. Ejemplo: hay clara señalización de vías de circulación de vehículos para evitar accidentes con peatones.

23. Existen servicios de mantenimiento y reparaciones adecuados que cubren cuestiones de plomería, electricidad, carpintería, herrajes, y albañilería, mosquiteros y ventanas, sistemas de comunicación y sistemas de seguridad, como cámaras o alarmas, ascensores, baños, desagües, muebles, puertas, camas, timbres, ventanas, alarmas, y sistemas de seguridad mata fuegos, etc. Se minimizan los riesgos y funcionan adecuadamente.

24. Los tubos (cilindros) de gases están sujetos y tienen la carga controlada. Están etiquetados y manejados según las recomendaciones.

25. El hospital tiene planes para la prevención y respuesta a humo e incendio y otros 'desastres' potenciales determinados por la historia de éstos en el hospital y en la región. Por ejemplo, si es una zona de inundaciones o si podría haber un choque múltiple en la ruta cercana, etc. El personal ha participado en simulacros en los últimos 12 meses y pueden explicar las acciones a tomar para evacuar pacientes o tratar víctimas.

26. Hay suficientes mecanismos, dispositivos, e insumos y personal de vigilancia para prevenir y responder a todas las situaciones de violencia o robos.

IF-2017-02360261-APN-DD#MS

